

PSYCHOGENNE PODMIENENÁ SYNKOPA ALEBO KOLAPS

¹Kovaľ, J., ¹Kordovanová, J., ¹Sedláková, M.,
²Magurová, D.

¹Klinika pediatrie, FNŠP J.A. Reimana, Prešov

²Katedra klinickej a komunitnej praxe v ošetrovatelstve,
Fakulta zdravotníctva, Prešovská Univerzita

Súhrn

Na Klinike pediatrie FNŠP J.A. Reimana v Prešove sme hospitalizovali veľa detí a adolescentov, u ktorých bol zistený vysoký podiel psychických a/alebo sociálnych faktorov vplývajúcich na ochorenie. V rokoch 2005 - 2007 bolo na Klinike pediatrie v Prešove hospitalizovaných spolu 264 detí vo veku 3 až 18 rokov s podozrením na vplyv psychických a/alebo sociálnych faktorov na somatické ochorenie. U skoro 70% z nich sa tento predpoklad aj potvrdil. Najčastejšie zisteným psychosomatickým ochorením je psychogénne podmienená synkopa alebo kolaps, ktorý tvorí jednu tretinu prípadov. Najčastejšími pacientmi sú nerómske dievčatá v adolescentnom veku. Dôvodom sú väčšinou konfliktné a stresové situácie, jedným zo zistených stresorov je aj nadmerná školská záťaž.

Kľúčové slová: Synkopa. Kolaps. Psychosomatický. Preťažovanie. Deti a adolescenti .

Abstract

At the Pediatric Clinic of J.A.Reiman Hospital in Prešov have been hospitalized many children and adolescents in who the influence of psychical and/or social factors on the condition was very high. Between 2005 - 9/2007, in 264 hospitalized children aged between 3 and 18 years the influence of psychical and/or social factors on the somatic illness was assumed; in almost 70% of them the assumption proved right. The most frequent psychosomatic illness was a psychogenically determined syncope or a collapse, which was the case of almost a third of cases. Most frequently, these patients are non-Romany adolescent girls. The typical reasons are conflict and stressful situations; one of the noticed stressors is excessive academic demands placed on children at schools.

Key words: Syncope. Collapse. Psychosomatic. Excessive academic demands. Children and adolescents.

Úvod

Teoretické základy psychosomatických ochorení vychádzajú z princípu, že vedomie, duša a emócie človeka sú neoddeliteľne spojené s telesnou stránkou organizmu, že "choroby duše" sa prejavujú navonok prostredníctvom funkčného (niekedy aj organického) poškodenia organizmu. Organizmus je v modernom svete stále viac a viac nútený reagovať na vonkajšie vplyvy stresovými mechanizmami, ktoré sú nechtiac namierené proti organizmu samotnému - ich vplyvom dochádza k narušeniu psychosomatickej rovnováhy, neskôr k poruchám vnútorného prostredia (imunitný systém, endokrinný

systém) a môžu časom viesť k funkčnému alebo organickému poškodeniu orgánov a k vzniku chorôb. (3)

Jedným z predpokladov vzniku psychosomatickej poruchy je vulnerabilita - zraniteľnosť. Zahŕňa genetické a vývinové faktory, ako aj faktory prostredia a časový faktor. Predpokladá sa aj opačná tendencia - sila, zdatnosť, pružnosť, schopnosť odolávať stresu a potenciálne traumatickým situáciám - protektivita. Vulnerabilita a protektivita zahŕňajú štyri skupiny faktorov: neurofyziológické, emocionálne, kognitívne a sociálne. S vekom sa mení vulnerabilita aj protektivita, a tým aj adaptačný potenciál jedinca.

U psychosomatických porúch ide teda o súvislosti vrodených a získaných vlastností, temperamentu, emotivity a prostredia, v ktorom pacient vyrastal, v ktorom aktuálne žije, o vývinovú etapu, v ktorej sa práve nachádza, o predchádzajúce choroby, o celkovú aj orgánovú odolnosť alebo zraniteľnosť.

Psychosomatické poruchy sa v detskom veku vyskytujú stále častejšie. Môže to byť spôsobené jednak skutočným nárastom ich výskytu, čo zodpovedá rastúcej psychosociálnej záťaži detí, ale taktiež aj lepšou diagnostikou. Školská záťaž, najmä ak je nadmerná, sa môže tiež podieľať, pri predpoklade určitej vulnerability, na zmenách v celkovom zdravotnom stave dieťaťa a vplývať na vznik psychosomatických ochorení.

Zvláštnosti psychosomatických ochorení v detskom a adolescentnom veku

Psychosomatické poruchy vznikajú v detstve ľahšie. Čím mladšie je dieťa, tým viac korešponduje psychické vzrušenie s telesnými prejavmi, dieťa "hovorie telom", a tým viac ovplyvňujú sociálne faktory telesné funkcie.

Psychosomatické poruchy sú globálnejšie a menej diferencované, čím je dieťa mladšie. U malých detí prevažujú celkové prejavy v telesnej oblasti. Až u starších detí sa tento celkový obraz "telesného ochorenia" diferencuje do poruchy určitého typu alebo určitého telesného systému.

Psychosomatické poruchy sú tým závažnejšie, čím skôr v živote jedinca vznikli. Čím včasnejšie porucha vzniká a dlhšie sa rozvíja, tým väčšia je pravdepodobnosť vážnej poruchy. Nebezpečenstvo podcenenia psychosociálnych stránok psychosomatickej poruchy spočíva v tom že organicky orientovaný lekár na jednej strane bagatelizuje drobné a počiatočné manifestácie psychosomatickej poruchy, na druhej strane, ak už vznikne ťažký a život ohrozujúci stav, je nevyhnutné nasadiť intenzívnu lekársku starostlivosť a psychosociálne podmienky sú opäť ponechané stranou. (3)

Medzi začiatkom psychosomatickej poruchy a jej manifestáciou je viac-menej dlhý časový interval. Preto môže byť vzťah medzi psychosociálnou záťažou a vznikom poruchy nejasný.

Psychosomatické poruchy môžeme rozdeliť na:

- psychosomatické reakcie,
- funkčné poruchy,
- psychosomatické poruchy s organickými prejavmi,
- špecifické psychosomatózy (kolitída, astma).

Poznáme rôzne modely chápania psychosomatických

problémov. Najznámejší je historický model chápania psycho-somatických problémov. (1, 3)

Podľa tohto modelu vznikajú psychosomatické ťažkosti v súvislosti s hyperstimuláciou sympatikovej a/alebo parasympatikovej časti vegetatívneho nervového systému, pričom je ovplyvnený endokrinný a imunitný systém.

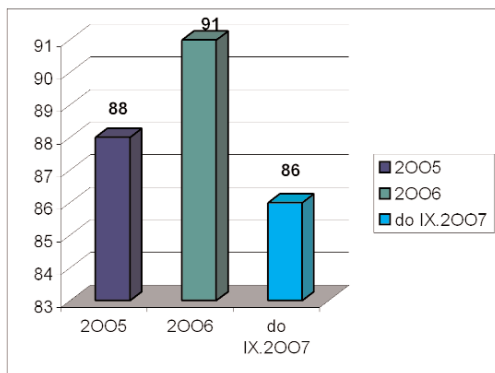
Hyperstimulácia sympatiku podľa Alexandra (1) vzniká pri hostilnom naladení, avšak nemožnosti hostilitu prejavíť. Takto pri príslušných dispozíciách vznikajú: migréna, hypertenzia, kardioneuróza (bolesti na hrudníku, pri srdci), vasovagálna synkopa a iné. Hyperstimulácia parasympatiku vzniká, ak naopak, pri spracovávaní konfliktov dôjde k nastaveniu na prijímanie pozitívnych emócií od druhých, ale ich poskytovanie je v nedohľadne alebo je vnútorne neprijateľné, čo spolu s ďalšími neuroendokrinnými disreguláciami môže viesť napr.: k astme, colitíde, obštipácii, peptickému vredu a iným. (1)

V súčasnosti vieme, že vegetatívna hyperstimulácia sa dá niekedy ťažko priradiť len k sympatiku alebo parasympatiku, často ide o zvýšenú alebo zmenenú aktivitu oboch častí vegetatívneho nervstva. Vieme, že nie každý kolaps, astmu, či vredovú chorobu možno chápať ako psychosomatické ochorenie.

Dnes má lepšie uplatnenie Englov biopsychosociálny model (5), podľa ktorého zdravie človeka tvorí krehká rovnováha medzi biologickými, psychologickými aspektmi a aspektmi sociálneho prostredia, v ktorom žije. Ak dôjde k narušeniu jednej oblasti, ovplyvní to ostatné, následkom čoho je ochorenie.

Výsledky

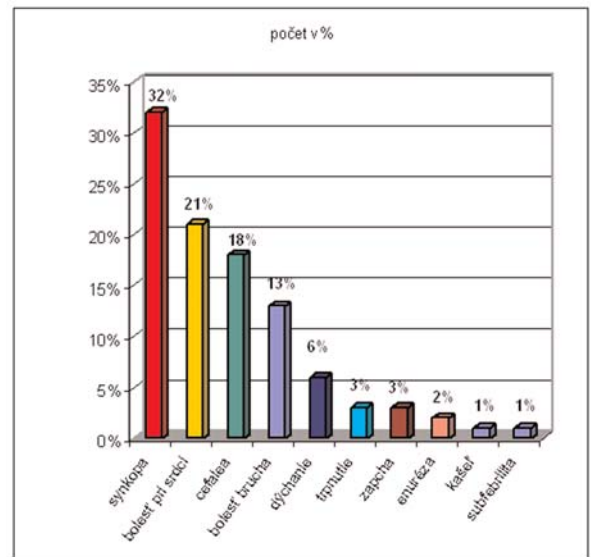
Na Klinike pediatrie FNŠP J.A. Reimana v Prešove hospitalizujeme veľký počet detí a adolescentov, u ktorých zisťujeme vysoký podiel psychických a/alebo sociálnych faktorov vplyvujúcich na ochorenie. V rokoch 2005 - 2007 bolo na Klinike pediatrie v Prešove psychologicky vyšetrených spolu 264 detí vo veku 3 až 18 rokov s podozrením na vplyv psychických a/alebo sociálnych faktorov na ochorenie. (Graf 1)



Graf 1 Psychosomatické poruchy diagnostikované psychologom v rokoch 2005-2007 (spolu 264)

Približne v 70% z týchto psychologicky vyšetrených pacientov sa tento predpoklad aj potvrdil.

Čo sa týka podielu jednotlivých psychosomatických porúch, najčastejšou diagnózou na našej klinike bol kolaps a synkopa v 32%, nasledovaný bolesťou pri srdci v 21% a bolesťou hlavy v 18%. (Graf 2)



Graf 2 Psychosomatické poruchy v % za obdobie rokov 2005-9/2007 vyšetrené psychologom

Kolapsový stav, synkopa

Kolaps, synkopa zo psychogénnych príčin bolo v 32% zo všetkých u nás diagnostikovaných psychosomatických ochorení. Synkopy u detí väčšinou vyvolávajú pocity strachu a obáv u rodičov, učiteľov a bývajú častým dôvodom k vyšetreniu u detského lekára. Preto sme sa rozhodli problematiku synkopy a kolapsu v detskom veku prehodnotiť komplexnejšie.

Synkopu môžeme charakterizovať ako náhlu a krátkodobú stratu vedomia, ktorá je spôsobená reverzibilnou poruchou prekrvenia mozgu. Strata vedomia je väčšinou sprevádzaná poruchou svalového tonusu, pádom. Nasleduje rýchla obnova senzorických funkcií a celkového stavu. Synkopy môžu predchádzať prodrómy ako závraty, slabosť, bledosť, nauzea, studený pot, poruchy vizu a sluchu. (2,4)

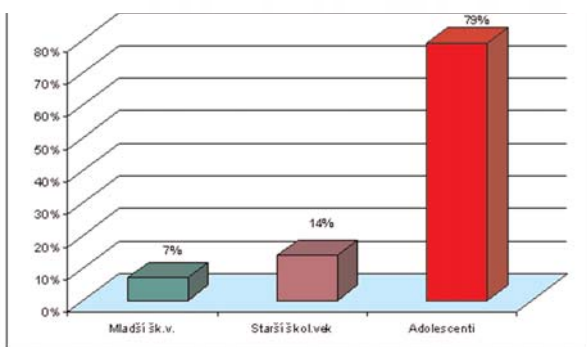
U približne 15 - 20 % detí a dospievajúcich sa objaví aspoň jedna epizóda synkopy pred dosiahnutím dospelého veku. Vrchol výskytu synkopy je medzi 15. a 18. rokom života. (4)

Klasifikácia nie je jednotná, súvisí s diferenciálnou diagnostikou porúch vedomia. Príčiny v detskom veku možno rozdeliť na dve hlavné skupiny a patologické stavy, ktoré môžu napodobniť synkopu, pričom mechanizmus vzniku je iný ako prechodná cerebrálna hypoperfúzia. (4) (Tab. 1)

Psychogénne kopalsy a synkopy tvorili 32% všetkých psychosomatických porúch, v rokoch 2005- 2007 sa vyskytli spolu u 85 detí. Podľa veku, najmenej sa ich vyskytlo v mladšom školskom veku - 7%, v staršom školskom veku 14%, a najviac v adolescencii - 79% (Graf 3),

Tab.1 Rozdelenie synkopy u detí podľa príčiny (Rucki 2006)

Synkopa sprostredkovaná autonómym nervstvom	reflexná (vazovagálna) synkopa situačná synkopa respiračný afektívny záchvat syndróm posturálnej ortostatickej tachykardie dysautonómna ortostatická intolerancia - primárna autonómna insuficiencia - sekundárna pri ochoreniach periférneho nervstva, po léziách, pri DMO a iné hypersenzitivita karotického uzla		
Kardiálne príčiny synkopy	<i>Srdcové arytmie:</i>	bradyarytmie:	dysfunkcia sínusového uzla, synoatriálna blokáda, atrioventrikulárna blokáda
		tachyarytmie:	WPW syndrom s fibriláciou predsiení a následnou fibriláciou komôr, rýchla reentry SVT s hypotenziou komorová tachykardia a fibrilácia, tachyarytmie pri syndróme predĺženého QT intervalu
	<i>Štrukturálne ochorenie:</i>	valvárna a subvalvárna aortálna stenóza kardiomyopatie (obštruktívna, dilatovaná) pľúcna hypertenzia ťažká pulmonálna stenóza pľúcna embólia myokarditída tumor (myxom predsiení) vrodené anomálie koronárnych artérií	
Pseudosynkopa	<i>Neurologické príčiny</i>	kŕče, migréna so synkopou, akútny vestibulárny syndróm	
	<i>Psychogénne príčiny</i>	hyperventilácia pri panickej poruche, disociatívna (konverzná) reakcia	
	<i>Ostatné príčiny</i>	hypoglykémia, poruchy elektrolytov, insuficiencia nadobličiek, anémia, intoxikácie (liekmi, drogy, CO)	

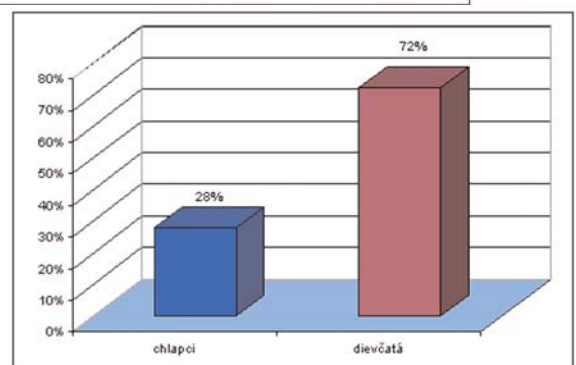


Graf 3 Rozdelenie podľa veku, priemerný vek 15,5 roka (9-18 r.)

podobne, ako je to uvádzané v domácich aj zahraničných štúdiách, ktoré taktiež poukazujú na najväčší výskyt v adolescencii.

Pri rozdelení detských pacientov podľa pohlavia, prevládali dievčatá, ktorých sme hospitalizovali v 72%, oproti chlapcom, u nich sa synkopy a kolapsy vyskytli v 28%. (Graf 4)

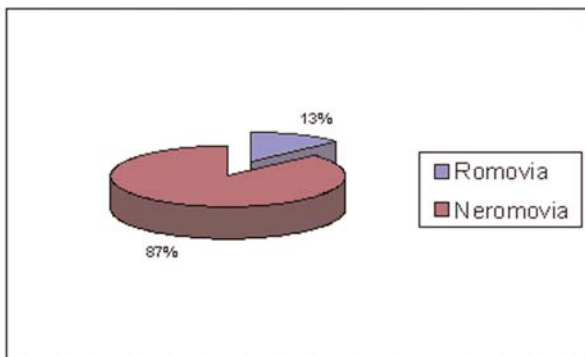
Zastúpenie detí rómskych a nerómskych v našom re-



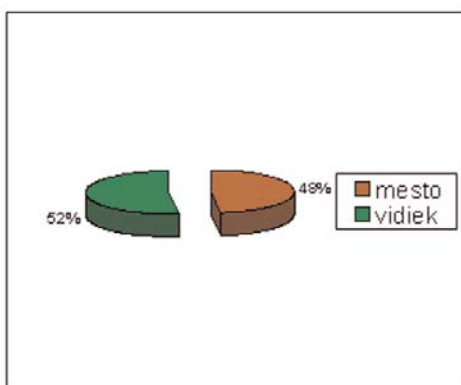
Graf 4 Rozdelenie sledovaného súboru podľa pohlavia

gióne s diagnózou synkopa. Nerómske deti prevládali s 87% nad rómskymi deťmi, ktoré tvorili len 13% (Graf 5), pritom zastúpenie rómskych detí zo všetkých detí v našom regióne je takmer 30%.

Pri zisťovaní podielu detí žijúcich v meste alebo na dedine, nezistili sme významný rozdiel vo výskyte psychogénne podmienenej synkopy u detí žijúcich v meste (48%) a na dedine (52%). (Graf 6)



Graf 5 Rómske a nerómske deti s psychogénne podmienenou synkopou



Graf 6 Hospitalizované deti s psychogénne podmienenou synkopou, žijúce v meste a na vidieku

Pri príčinách psychogénne podmienených synkop a kolapsov, išlo najmä o konfliktné a stresové situácie, ktoré sú pre dieťa alebo dospievajúceho nadmerne zaťažujúce. Všimli sme si však, že každoročne sa medzi nimi vyskytne aj menšie množstvo detí (my evidujeme zatiaľ 9 prípadov, t.j. 10,5%), ktoré skolabovali následkom fyzického a psychického vyčerpania. To bolo u nich spôsobené neprimerane dlhým časom stráveným pri učení

a súčasným nedodržiavaním zásad životosprávy (učenie trvajúce v priemere 5-8 hodín denne, aj na úkor spánku, konzumácia stimulujúcich prostriedkov, najčastejšie kávy, nedostatočný pohyb a relaxačné aktivity) Takmer výlučne išlo o študentov náročnejších stredných odborných škôl alebo gymnázií. Boli hospitalizovaní začiatkom školského roka a potom pred obdobím vysvedčenia.

Našich 9 prípadov je štatisticky nerelevantné množstvo, avšak nedalo nám, aby sme na nich, v kontexte problematiky psychogénne podmienených synkop a kolapsov, aspoň takto na záver neupozornili.

Záver

V príspevku sme poukázali na súvislosť medzi biologickými, psychologickými a sociálnymi aspektami ochorenia u detí a adolescentov. Podrobnejšie sa zameraním na problematiku psychogénne podmienených synkop a kolapsových stavov. Pri ich diagnostike a liečbe je dôležitá spolupráca lekára a klinického psychológa. Zanedbateľné nie sú ani ekonomické aspekty vyšetrovania pediatrických pacientov so synkopou. Podľa zahraničných údajov dosahujú priemerné náklady na vyšetrenie jedného pacienta 3000 USD, pričom 40% je vyšetrovaných v priebehu hospitalizácie.

Literatúra

1. ALEXANDER, F. *Psychosomatische Medizin. Grundlagen und Anwendungsgebiete de Gruyter*. 1. ed. Berlín. 1971. 255 p.
2. BUCHANEC, J. a kol. *Vademecum pediatra*. 1. vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta. 2001. 258 s.
3. HAŠTO, J. Psychosomatický pacient - ako mu rozumíme? In: *Via practica*. 2006. roč. 3, č.1, s. 28-32
4. RUCKI, Š., VÍT, P. *Kardiologické minimum pro praktické dětské lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada. 2006. 163 s.
5. ENGEL, G.L. The need for a new model: A challenge for biomedicine. In: *Science*, 1997, vol. 196, no. 1, p. 129-136